



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Gesundheitspolitik

Bericht der Themengruppe „Zunehmende Spezialisierung in der Human- medizin aus Sicht der Spitalorganisation“

Datum: Mai 2017

Für: **Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“**

Verfasst von: Nuria del Rey (BAG) und Jürg Winkler (H+)

Allen beteiligten Expertinnen und Experten sowie Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Sitzungen, die zu diesem Bericht geführt haben, danken wir im Namen von BAG und H+ für ihre wertvolle Unterstützung.¹

¹ Der besseren Lesbarkeit halber wird nachfolgend im gesamten Bericht für die Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte sowie für die jeweiligen ärztlichen Funktionen etc. nur die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind dabei jeweils beide Geschlechter gemeint.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Thematischer Hintergrund	3
3	Mandat der Themengruppe.....	3
4	Arbeiten der Themengruppe.....	3
5	Empfehlungen und deren Umsetzung	4
5.1	Schaffung von Laufbahn- und Karrierepfaden in generalistischen Fachgebieten und in den generalistischen Kernbereichen aller Fachgebiete	4
5.1.1	Hintergrund und Begründung.....	4
5.1.2	Ziel	4
5.1.3	Empfehlung.....	5
5.1.4	Strategie und Massnahmen	5
5.1.5	Verantwortliche für die Umsetzung, Beteiligte und Betroffene	5
5.2	Schaffung von interdisziplinären Organisationseinheiten – koordiniert von fallführenden, breit ausgebildeten Generalisten	5
5.2.1	Hintergrund und Begründung.....	5
5.2.2	Ziel	6
5.2.3	Empfehlung.....	6
5.2.4	Strategie und Massnahmen	6
5.2.5	Verantwortliche für die Umsetzung, Beteiligte und Betroffene	7
5.3	Stärkung der umfassenden Versorgung in spezialisierten Spitalstrukturen durch den “Spitalinternisten“	7
5.3.1	Hintergrund und Begründung.....	7
5.3.2	Ziel	7
5.3.3	Empfehlung.....	8
5.3.4	Strategie und Massnahmen	8
5.3.5	Verantwortliche für die Umsetzung, Beteiligte und Betroffene	8
5.4	Konzentration der Spezialisierung via Leistungsaufträge	8
5.4.1	Hintergrund und Begründung.....	8
5.4.2	Ziel	9
5.4.3	Empfehlung.....	9
5.4.4	Strategie und Massnahmen	9
5.4.5	Verantwortliche für Umsetzung, Beteiligte und Betroffene	9
6	Weiteres Vorgehen	10
	Anhänge	11
	Anhang 1: Mandat der Themengruppe	11
	Anhang 2: Mitglieder der Themengruppe	13
	Anhang 3: Definition zentraler Begriffe	14
	Anhang 4: Hintergrundpapier für die Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“	15

1 Einleitung

An der Sitzung vom 3. Dezember 2015 haben die Mitglieder der Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“² die Themengruppe „Zunehmende Spezialisierung in der Humanmedizin aus Sicht der Spitalorganisation“ zusammengestellt und mandatiert (Mandat s. Anhang 1). Der vorliegende Bericht fasst die Arbeiten und Ergebnisse der Themengruppe zusammen, die auf dem Bericht des Büro BASS basieren (vgl. Beilage 1). Ausführlich ist die Motivation und Ausgangslage im Hintergrundpapier für die Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ dargestellt (s. Anhang 4). Die Mitglieder der Themengruppe sind im Anhang 2 aufgeführt.

2 Thematischer Hintergrund

In den letzten Jahren fand in der Humanmedizin eine zunehmende Spezialisierung statt. Dies trägt dem wissenschaftlichen sowie technologischen Fortschritt der Medizin Rechnung. Für die Spitäler stellt diese Entwicklung jedoch oft eine Herausforderung dar. Sie sind gleichzeitig Zentren der Versorgung, als auch Stätten der ärztlichen Aus- und Weiterbildung. Universitätsspitäler sind zudem auch Zentren der akademischen Entwicklung. Die zunehmende Spezialisierung bildet sich durch die Schaffung von neuen strukturellen Einheiten (Kliniken, Abteilungen) sowie entsprechenden ärztlichen Stellen ab und kann zur Folge haben, dass sich die Spitalstrukturen und die Patientenpfade fragmentieren. Angesichts der demographischen Entwicklung mit einer Zunahme von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten stellt sich deshalb die Frage, wie mit der zunehmenden Spezialisierung sinnvoll umzugehen ist.

3 Mandat der Themengruppe

Die Hauptaufgaben der Themengruppe bestanden gemäss Mandat der Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ (s. Anhang 1) darin, eine Studie in Auftrag zu geben, diese zu begleiten und kritisch zu würdigen sowie darauf aufbauend Empfehlungen zu formulieren.

Die Studie sollte dabei die Situation der Spezialisierung in der Humanmedizin und der Fragmentierung der Spitalstrukturen sowie die Entwicklungen, die dazu geführt haben, festhalten und analysieren. Sie sollte insbesondere darüber Auskunft geben, wie akademische sowie klinische Karrieren, die fachärztliche Weiterbildung und die strukturelle Spitalorganisation zusammenhängen und welche Vor- und Nachteile daraus resultieren. Weiter sollten Ansatzpunkte identifiziert werden, wie problematische Aspekte verhindert oder in beabsichtigte Bahnen gelenkt werden können.

4 Arbeiten der Themengruppe

Die Themengruppe wurde in Co-Leitung von H+ (H+ Die Spitäler der Schweiz) und dem BAG (Bundesamt für Gesundheit) geführt und hat sich zwischen Februar 2016 und März 2017 zu sechs Arbeitssitzungen getroffen.

Im Rahmen der Sitzungen erfolgte die Auftragsklärung, Begleitung und kritische Würdigung der Studie, die vom Büro BASS erarbeitet wurde. Die Ergebnisse des Teilberichts des SIWF wurden der Themengruppe vorgestellt und vom Büro BASS in ihre Studie integriert. Zur Sicherstellung eines gemeinsamen

² Im April 2010 hat der Dialog Nationale Gesundheitspolitik (NGP) das BAG mit dem Aufbau und dem Betrieb einer Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ beauftragt. Das Ziel der Plattform ist es, aktuelle Themen der ärztlichen Bildung zusammen mit den Partnerorganisationen rasch und koordiniert anzugehen und konkrete Lösungsansätze zu erarbeiten.

Verständnisses von wichtigen Begriffen, wie z.B. „Spezialisierung in der Humanmedizin“, „Spitalorganisation“ oder „Patientennutzen und Maximalmedizin“, hat die Themengruppe diese gemeinsam definiert (s. Anhang 3). Die vom Büro BASS erarbeiteten möglichen Lösungsansätze, um allfälligen negativen Folgen einer zunehmenden Spezialisierung begegnen zu können, wurden von der Themengruppe ergänzt und nach den Ansatzpunkten 1) Spitalorganisation, 2) ärztliche Weiterbildung, 3) Akademie sowie 4) Wechselwirkungen/Querschnittsthemen gruppiert. Zu diesen Ansatzpunkten formulierte die Themengruppe Empfehlungen. Die bis dahin erarbeiteten Ergebnisse und Empfehlungen wurden der Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ vorgestellt, die entschied, dass die Themengruppe ausgewählte Empfehlungen konkretisieren und deren Umsetzung beschreiben sollte. Eine Kerngruppe der Themengruppe wählte vier Empfehlungen aus, die direkt in Zusammenhang mit der von der Themengruppe behandelten Thematik, der Spezialisierung aus Sicht der Spitalorganisation, stehen und konkretisierte sie. Diese vier Empfehlungen wurden in der Themengruppe diskutiert, finalisiert und zu Händen der Plattform verabschiedet.

5 Empfehlungen und deren Umsetzung

Nachfolgend werden die vier Empfehlungen der Themengruppe dargestellt. Das gemeinsame Hauptziel ist, das „Generalistentum“ und die Rolle der Generalisten im gesamten Versorgungssystem zu stärken. Die folgenden Empfehlungen sowie deren Umsetzung zeigen vier sich teilweise überlappende Wege auf, wie dies bewerkstelligt werden könnte.

5.1 Schaffung von Laufbahn- und Karrierepfaden in generalistischen Fachgebieten und in den generalistischen Kernbereichen aller Fachgebiete

5.1.1 Hintergrund und Begründung

Mangels Laufbahn- und Karriereperspektiven sowie Prestige und Anerkennung der bestehenden Stellen für Generalisten, gehen medizinische Karrieren im Spitalkontext heute fast zwangsläufig mit einer fachlichen Spezialisierung einher. Notwendige generalistische Mediziner gehen so verloren. Die Folge sind oftmals fragmentierte Behandlungen für die Patienten, Doppelspurigkeiten und ineffiziente Abläufe, bedingt durch ungenügende Koordination der involvierten Fachpersonen. Insbesondere multimorbide Patienten benötigen jedoch eine koordinierte Behandlung und eine ganzheitliche Betrachtungsweise.

5.1.2 Ziel

Das bewusste und gezielte Schaffen von Laufbahn- und Karriereperspektiven für Generalisten sorgt für die Erhaltung oder Zurückgewinnung der Kompetenzen in den generalistischen Fachgebieten (z.B. Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Pädiatrie und Gynäkologie) sowie in den generalistischen Kernbereichen aller Fachgebiete (z.B. allgemeine Kardiologie oder allgemeine Orthopädie). Das stärkt nicht nur die Basisversorgung im jeweiligen Fachgebiet, sondern stellt auch den Notfalldienst und die Lehre sicher. Insgesamt führt die Stärkung der generalistischen Fachgebiete und der generalistischen Kernbereiche aller Fachgebiete zu einer besseren, ganzheitlichen Patientenversorgung (Qualität) und steigert die Effizienz und Wirtschaftlichkeit durch verbesserte und vor allem koordinierte Abläufe.

5.1.3 Empfehlung

Die Spitäler und Kliniken anerkennen die Notwendigkeit der Förderung von akademischen und klinischen Karrieren in generalistischen Fachgebieten, wie z.B. Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Pädiatrie und Gynäkologie, und in den generalistischen Kernbereichen aller Fachgebiete, wie z.B. allgemeine Kardiologie oder allgemeine Orthopädie, und schaffen langfristige berufliche Karriereoptionen und Perspektiven. Damit bleiben in Spitälern und Kliniken mehr Ärzte als erfahrene Generalisten tätig, die sich nicht primär weiter spezialisieren, sondern im Alltag unersetzbare Rollen in der Klinik, in der Lehre und in der Leitung übernehmen.

5.1.4 Strategie und Massnahmen

Genügend versierte Generalisten mit einer breiten Weiterbildung sowie klinischer Erfahrung sind nötig. Die Bereitstellung klinischer und akademischer Karriereangebote sowie entsprechender Stellen und Rollen im Spital (z.B. leitende Stellen oder Stellen als klinische Dozenten) sind die Grundlage dafür.

Zur Zielerreichung schlägt die Themengruppe folgende Massnahmen vor:

1. Gemeinsam schaffen die Spitäler, Fachgesellschaften und medizinischen Fakultäten für Generalisten akademische Karrierepfade in Lehre und Forschung sowie klinische Laufbahnen mit attraktiven Rahmenbedingungen, wie Anerkennung im Betrieb, Stellung im Organigramm und Lohn.
2. Die Spitalleitungen schaffen leitende Stellen für Generalisten der verschiedenen Fachgebiete.
3. H+ fördert den Prozess durch den Austausch von Beispielen guter Praxis unter seinen Mitgliedern.
4. Die Universitätsspitäler und die medizinischen Fakultäten stärken die Lehre und Forschung in generalistischen Bereichen, wie z.B. in der Versorgungsforschung.
5. Ärztliche Organisationen, wie die FMH, der VSAO, der VLSS, das SIWF, die betroffenen Fachgesellschaften, sowie weitere interdisziplinäre und interinstitutionelle Verbände, wie unimedsuisse und die SAMW, publizieren unterstützend Leitlinien und erarbeiten Mentoring-Programme für Laufbahn- und Karrierepfade.

5.1.5 Verantwortliche für die Umsetzung, Beteiligte und Betroffene

Adressaten sind H+, die Spitäler und Kliniken und deren leitende Organe sowie Fachärzte, die Fachgesellschaften, die medizinischen Fakultäten (Lehrstuhlinhaber), ärztliche Organisationen und weitere interdisziplinäre Verbände, wie die FMH, der VSAO, der VLSS, das SIWF, unimedsuisse und die SAMW.

5.2 Schaffung von interdisziplinären Organisationseinheiten – koordiniert von fallführenden, breit ausgebildeten Generalisten

5.2.1 Hintergrund und Begründung

Mit zunehmender Spezialisierung und der Behandlung von Patienten in Spezialzentren droht der Verlust des Überblicks über wichtige Differentialdiagnosen und verfügbare Behandlungen. Modelle, bei denen die Fallführung bei Spezialisten liegt oder gar ungeklärt ist, bergen die Gefahr von Abklärungs- und Behandlungsabläufen mit Doppelspurigkeiten, Ineffizienzen, fehlenden Behandlungsaspekten oder gar Fehlern, gerade wenn mehr als eine Erkrankung oder eine komplexe Situation vorliegen. Aufgrund der

Revision der Weiterbildungscurricula, bei denen eine breite Bildung zugunsten einer früheren Spezialisierung wich, ist zu erwarten, dass in Zukunft immer weniger Spezialisten eine breite klinische Erfahrung in zwei oder mehr Fachgebieten ausweisen werden.

5.2.2 Ziel

Das Ziel ist das Betreiben von koordinierten, interdisziplinären Organisationseinheiten und Zentren, wie z.B. Abdominalzentrum, Herzzentrum, Gefäßzentrum, Lungenzentrum, Head-/Neck-Zentrum, mit der Fallführung und Fallverantwortung für Patienten bei Generalisten verschiedener Fachgebiete, wie z.B. Allgemeine Innere Medizin, Pädiatrie, Gynäkologie oder auch Chirurgie (s. auch Empfehlung 5.1). Der koordinierte Einsatz aller, auch nicht-ärztlicher, Fachkräfte mit Nutzung der Kernfunktionen von Spezialisten, namentlich Interventionalisten, und der integrativen Fähigkeiten von Generalisten, sichert den Know-how-Transfer und stellt die Qualität von Diagnostik, Behandlungstriage und Therapie sicher. Eine langfristige Fallführung in engem Austausch mit dem ambulanten Bereich, namentlich mit den Hausärzten, wird ebenfalls angestrebt. Der interdisziplinäre und interprofessionelle Austausch sowie der klar zugeordnete Verantwortungsbereich erhöht die Attraktivität für Generalisten im Spital und erleichtert deren Rekrutierung. Wiederum wird der Bedarf an Spezialisten und entsprechenden Weiterbildungsstellen im Spital reduziert, weil die Generalisten Aufgaben wie die Koordination oder die interdepartementale und interprofessionelle Kommunikation übernehmen. Bei einer allfälligen späteren Niederlassung dieser Generalisten ergibt sich der weitere Vorteil, dass ein Transfer dieser breiten und interdisziplinären Fach Erfahrung in die Grundversorgung einfließt. Damit wird eine wirtschaftliche, zweckmäßige und wirksame Behandlung sichergestellt.

5.2.3 Empfehlung

Die Spitäler schaffen und betreiben interdisziplinäre Organisationseinheiten mit definierten Abklärungs- und Behandlungspfaden und mit Fallführung durch breit ausgebildete Generalisten verschiedener Fachgebiete, wie z.B. Allgemeine Innere Medizin, Pädiatrie, Gynäkologie oder auch Chirurgie (s. auch Empfehlung 5.1), sowie unter Einbezug aller beteiligten Spezialisten und nicht-ärztlichen Berufsgruppen. Das gewährleistet die Gesamtsicht auf die Patienten und damit eine effiziente, sichere, qualitativ hochstehende Behandlung und schafft ein spitalärztliches Tätigkeitsfeld mit breitem Ansatz, das dem Erhalt und Ausbau von medizinischem Know-how dient.

5.2.4 Strategie und Massnahmen

Notwendig sind Anreize, die eine Bewegung weg vom interventionellen Bereich hin zu einer integrierten Gesamtbehandlung in Gang setzen. Dies erreicht man durch entsprechende Investitionen der Spitäler sowie die finanzielle und fachliche Anerkennung der Generalisten (s. Empfehlung 5.1). Die Spitäler sollen breit weitergebildete Fachärzte, die in der Lehre tätig sind und in Universitätsspitalern auch Forschung betreiben, rekrutieren, gezielt weiterbilden und halten. Die Spezialkliniken müssen dabei von Beginn an miteinbezogen werden. Die Entlastung im Klinikalltag sowie die bessere Patientenversorgung müssen für die Spezialisten spürbar sein.

Zur Zielerreichung schlägt die Themengruppe folgende Massnahmen vor:

1. Die Spitäler gründen oder erweitern interdisziplinäre Organisationseinheiten mit definierten Abklärungs- und Behandlungspfaden und mit Fallführung durch breit ausgebildete Generalisten (s. Empfehlung 5.1). Allgemeininternistische oder -chirurgische Abteilungen (Kliniken, Bettenstationen) unter der Leitung von entsprechenden Generalisten werden ebenfalls erweitert oder wieder eingeführt. In durch Spezialisten geführten Abteilungen erfolgt die Patientenbetreuung durch einen Generalisten, wie z.B. einen „Spitalinternisten“ (s. Empfehlung 5.3).

2. Die Spitäler richten die Anreize, inklusive finanzieller Entschädigungen, auf den Erfolg einer interdisziplinären Zusammenarbeit aus und führen keine Bettenstationen mit multimorbiden Patientinnen und Patienten mehr, die ausschliesslich durch stark fokussierte Spezialisten betreut werden.
3. Die Klinik- und Departementsdirektoren, namentlich der Allgemeinen Inneren Medizin, entwickeln ein Zusammenarbeitskonzept mit den Spezialisten.

5.2.5 Verantwortliche für die Umsetzung, Beteiligte und Betroffene

Adressaten sind die Spitäler, insbesondere die Spitaldirektoren und Spitalleitungen in Zusammenarbeit mit den Klinik- und Departementsdirektoren. Auch die entsprechenden Leitungen des Pflegepersonals und der Administration müssen bei einer allfälligen Zusammenlegung von Bettenstationen miteinbezogen werden. Das zu erwartende Ergebnis zielt auf den ökonomischeren Einsatz der Ressourcen bei verbesserter Behandlungsqualität ab und könnte somit von Bundesrat und BAG sowie Spitalbesitzern und Kostenträgern gefördert werden.

5.3 Stärkung der umfassenden Versorgung in spezialisierten Spitalstrukturen durch den „Spitalinternisten“

5.3.1 Hintergrund und Begründung

Die Abklärung und Behandlung im Spital wird immer komplexer, weshalb vor allem ältere und mehrfach erkrankte Patienten häufig von mehreren Spezialisten gleichzeitig behandelt werden. Interventionelle Spezialisten verbringen viel Zeit im Operationssaal und in Spezial-Sprechstunden und konzentrieren sich naturgemäss mehr auf einen einzelnen Aspekt der Behandlung. Die Sicherstellung einer ganzheitlichen Behandlung benötigt eine zunehmende Koordination zwischen den verschiedenen Spezialisten. Für diese ganzheitliche, koordinierte Behandlung ist ein professioneller Spitalspezialist („Spitalinternist“) auf der Bettenstationen nötig, der für die allgemeine medizinische Versorgung in chirurgischen, interventionellen und anderen spezialisierten Bereichen verantwortlich ist. Diese Rolle soll durch breit weitergebildete Generalisten übernommen werden, am besten durch Fachärzte in Allgemeiner Innerer Medizin respektive Pädiatrie für Kinder oder auf Intermediate Care Units (IMC) und Notfallstationen auch durch Fachärzte in Intensivmedizin. Solche Modelle haben sich in anderen Ländern (z. B. als „Hospitalist“), aber auch in grossen Spitälern in der Schweiz (AG, LU, SG, VD) bereits bewährt.

5.3.2 Ziel

Ziel ist, die Rollen und Funktionen des „Spitalinternisten“ für die Schweiz zu analysieren und spezifische Anforderungsprofile zu definieren und zu entwickeln. Für die Patienten sowie das Pflorgeteam soll ein professioneller Spitalspezialist („Spitalinternist“) auf der Station zur Verfügung stehen, der mit seinen Kompetenzen die umfassende Behandlung und Betreuung sicherstellt. So können häufige Probleme und Komplikationen nach chirurgischen Eingriffen (Infektionen, Thrombosen, etc.) rasch erkannt und therapiert sowie die kontinuierliche Behandlung bestehender Vorerkrankungen gewährleistet werden. Der „Spitalinternist“ kann sowohl den Betrieb des (interventionellen) Bereiches, als auch dessen Ärzte in Weiterbildung entlasten, da sich diese auf fach- und weiterbildungsrelevante Aktivitäten konzentrieren. Das hilft letztlich die ärztliche Weiterbildung zu optimieren.

5.3.3 Empfehlung

Die Rollen und möglichen Verantwortungen des „Spitalinternisten“ sowie spezifische Anforderungsprofile, die den Bedürfnissen und der Spitalstruktur entsprechen, sollen auch für die Schweiz analysiert und entwickelt werden. Die Benennung und Definition dieser Ärzte muss als erster Schritt erfolgen, um die fachliche, finanzielle und akademische Anerkennung dieser „Spitalinternisten“ zu gewährleisten und damit die Stellen attraktiv zu gestalten. Die Definition muss von den negativ besetzten Begriffen, wie „Spitalarzt“ oder „Hospitalist“ im angloamerikanischen Raum, abgegrenzt werden. Zudem muss die Rolle, im Gegensatz zum „Hospitalisten“ im angloamerikanischen Raum, auch die Lehre sowie in den Universitätsspitalern die Forschung beinhalten.

5.3.4 Strategie und Massnahmen

Die Leitungen der Spitäler und Kliniken (z.B. in Allgemeiner Innerer Medizin) müssen kompetente Ärzte für die Funktion des „Spitalinternisten“ motivieren. Dafür braucht es entsprechende Laufbahnmöglichkeiten.

Zur Zielerreichung schlägt die Themengruppe folgende Massnahmen vor:

1. Die Spitäler analysieren, klären und definieren z.B. zusammen mit H+ und unimeduisse, aber auch mit dem SIWF und der SGAIM/ICKS, die Rollen und Funktionen des „Spitalinternisten“ mit Hilfe der Darstellung von gelungenen Beispielen und Modellen im In- und Ausland, einem Aufbau-Weiterbildungsprogramm in Allgemeiner Innerer Medizin oder der Schaffung individueller Spital-Tracks.
2. Die Universitätskliniken und die Lehrstuhlinhaber in Allgemeiner Innerer Medizin verpflichten sich zur akademischen Entwicklung des Fachs.
3. Die weiterbildenden grossen Spitäler sowie Kliniken und Services mit viel Operationssaal-Tätigkeiten - namentlich Universitätskliniken und Intermediate Care Units - sowie deren Chefärzte werden für das Rollenmodell des „Spitalinternisten“ und seine Vorteile sensibilisiert.

5.3.5 Verantwortliche für die Umsetzung, Beteiligte und Betroffene

Adressaten sind Spitäler und Kliniken, namentlich Universitätskliniken, H+, unimeduisse, SIWF, SGAIM/ICKS, die Lehrstuhlinhaber, insbesondere jene der Allgemeinen Inneren Medizin, sowie Patienten(-Vertretungen) und Ärzte, die ein Good-Practice-Modell kennen.

5.4 Konzentration der Spezialisierung via Leistungsträger

5.4.1 Hintergrund und Begründung

In gewissen Fachgebieten werden heute zu viele Spezialisten weitergebildet und/oder die Zahl der Kontakte mit betroffenen Patienten ist ungenügend, um die geforderten Kompetenzen und Erfahrungen zu erlangen. Beispielsweise führen nicht alle heute anerkannten Weiterbildungsstätten im Schwerpunktgebiet „Viszerale Chirurgie“ alle gebietspezifischen Eingriffe durch, wie z.B. Pankreas- oder Oesophagus-Resektionen, grosse Leber- oder tiefe Rektum-Chirurgie. Als weitere Beispiele können die Lungenchirurgie, intraabdominale Gefässeingriffe sowie Wirbelsäuleneingriffe erwähnt werden.

5.4.2 Ziel

Mit der Empfehlung zur Konzentration der Ressourcen und der Expertise in hochspezialisierten und spezialisierten Leistungsbereichen sollen die folgenden Ziele erreicht werden. 1) Die Qualität der Weiterbildung wird durch höhere Fallzahlen von spezialisierten Eingriffen verbessert. 2) Die Zahl der Weiterbildungsstätten pro Fachgebiet passt sich mittelfristig, basierend auf dem Bedarf an medizinischen Leistungen im jeweiligen Fachgebiet, dem Nachwuchsbedarf an. 3) Die Qualität der Patientenversorgung sowie die Effizienz und die Wirtschaftlichkeit werden gesteigert.

5.4.3 Empfehlung

Ausgewählte spezialisierte und hochspezialisierte medizinische Leistungen sollen stärker konzentriert werden, mit dem Ziel, die Weiterbildungsstellen in Bereichen, wo es genügend Spezialisten gibt, zu limitieren. Die Bündelung der Expertise wird eine positive Auswirkung auf die Qualität der Weiterbildung und die Behandlung der Patienten haben. Betroffen sind nicht nur die Leistungsbereiche der hochspezialisierten Medizin gemäss IVHSM, sondern auch weitere spezialisierte Leistungsgruppen gemäss der Definition der Spitalplanungs-Leistungsgruppen SPLG (siehe Beispiele unter «Hintergrund/Begründung»).

5.4.4 Strategie und Massnahmen

Zur Zielerreichung schlägt die Themengruppe folgende Massnahmen vor:

1. Die Kantone prüfen, inwiefern Mindestfallzahlen auf weitere Leistungsgruppen angewandt bzw. erhöht werden sollen. Die Frage wird einerseits im Zuge der Revision der GDK-Empfehlungen zur Spitalplanung geprüft. Die Festlegung von Mindestfallzahlen fliesst andererseits auch in die laufende Aktualisierung der «SPLG-Definitionen und Anforderungen» ein, nach welchen die Kantone die Spitalplanung vornehmen.³
2. Im Rahmen der Arbeiten zur Interkantonalen Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM) wird geprüft, ob, nebst den Re-Evaluationen von bereits geregelten Leistungsbereichen, mittelfristig weitere Leistungsbereiche in die HSM eingeschlossen werden sollen. Im Zuge der Weiterentwicklung des HSM-Verfahrens ist ausserdem vorgesehen, das Monitoring der Leistungserbringung zu stärken, um sicherzustellen, dass die HSM-Leistungen ausschliesslich an den designierten Zentren erfolgen und vergütet werden.
3. Das SIWF prüft bei der Revision von Weiterbildungs-Programmen die Anerkennungsregeln für die Weiterbildungsstätten unter dem Blickwinkel der Weiterbildungsqualität und der Fallzahlen und passt diese bei Bedarf an.

5.4.5 Verantwortliche für Umsetzung, Beteiligte und Betroffene

Adressaten sind die GDK, die Kantone, die Organe der IVHSM, das SIWF, die Fachgesellschaften und die betroffenen Spitäler.

Die Meinung anerkannter Experten aus den (hoch-)spezialisierten Fachgebieten kann die Umsetzung der Empfehlungen erleichtern und den Prozess unterstützen. Zusätzlich ist die Unterstützung der GDK und der betroffenen Fachgesellschaften notwendig.

³ <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=1018&L=1>

6 Weiteres Vorgehen

Die Themengruppe empfiehlt der Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ und dem Dialog „Nationale Gesundheitspolitik“ die Ergebnisse und namentlich die Empfehlungen der Themengruppe zur Kenntnis zu nehmen und breit bekannt zu machen. Die Empfehlungen und deren Umsetzung sollen insbesondere den jeweiligen Verantwortlichen für die Umsetzung zur Kenntnis gebracht werden. Die Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ und der Dialog „Nationale Gesundheitspolitik“ sollen die betroffenen Akteure bei der Umsetzung der Empfehlungen unterstützen.

Anhänge

Anhang 1: Mandat der Themengruppe

Die Themengruppe „Zunehmende Spezialisierung in der Humanmedizin aus Sicht der Spitalorganisation“ wird von der Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ mit folgendem Mandat betraut:

Spitäler und Universitätsspitäler übernehmen eine wichtige Aufgabe bei der Gesundheitsversorgung der Schweizer Bevölkerung und der Bildung – namentlich der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten. Die zunehmende Spezialisierung und Subspezialisierung der Humanmedizin sind eine Herausforderung für die Spitalorganisationen, da sie sich in den Spitalstrukturen widerspiegeln und zu einer zunehmenden Fragmentierung führen. Diese Fragmentierung kann eine personalintensive und ineffiziente Organisation der Behandlung bewirken und wird den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten oft nicht mehr gerecht. Gerade angesichts der demografischen Entwicklung werden Spitäler zunehmend ältere, chronisch und mehrfach erkrankte Patientinnen und Patienten behandeln, die einer ganzheitlichen und koordinierten Behandlung bedürfen, die über die Grenzen der Einzeldisziplinen hinausgeht. Aber nicht nur bei chronisch und mehrfach erkrankten ist eine koordinierte Behandlung unabdingbar, man denke hier beispielsweise an Patientinnen und Patienten mit seltenen Krankheiten.

Die Themengruppe soll das Mandat klären, eine Studie in Auftrag geben, diese begleiten und kritisch würdigen. Das Studienziel ist eine breite und umfassende Situations- und Problemanalyse die auch über die zeitliche Dimension der Entwicklung eine Aussage machen soll. In der Studie soll die heutige Situation der Spezialisierung der Humanmedizin und der Fragmentierung der Spitalstrukturen sowie die Entwicklung, die dazu geführt hat, analysiert und festgehalten werden. Die Studie soll Auskunft darüber geben, wie akademische Karriere, fachärztliche Weiterbildung und strukturelle Spitalorganisation zusammenhängen, ob eine Wechselwirkung besteht, welche Faktoren diese begünstigen oder hemmen und welche Vor- und Nachteile daraus resultieren. Die Analyse soll dabei auch in einen internationalen Kontext gestellt werden (US / EU). Falls die Analyse ergibt, dass die zunehmende Spezialisierung mit einer Fragmentierung der Spitalstrukturen einhergeht und diese im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten problematische Aspekte mit sich bringt, sollen die Ansatzpunkte eruiert werden, die solche Entwicklungen verhindern, hemmen oder in beabsichtigte Bahnen lenken können. Die Themengruppe soll auf Grundlage der Ergebnisse der Studie Empfehlungen zum Umgang mit und zur Optimierung von fragmentierten Organisationstrukturen und -prozessen unter dem Einfluss fachärztlicher Spezialisierung erarbeiten und vorschlagen.

Die Ergebnisse der Studie sowie die Empfehlungen der Themengruppe werden anschliessend in der Plattform "Zukunft ärztliche Bildung" diskutiert. Umsetzungsentscheide bleiben den beteiligten Partnerorganisationen vorbehalten.

Ausgangslage/Problemstellung

- Die Zunahme von chronisch und mehrfach erkrankten Patientinnen und Patienten erfordert vermehrte Anstrengungen der Akteure im Gesundheitswesen, damit auch in Zukunft die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten adäquat erfüllt werden können. Die Kontinuität der Behandlung, das Vermeiden von Doppelspurigkeiten und nicht zielführenden Untersuchungen sowie ein verständlicher und übersichtlicher Patientenpfad spielen dabei eine zunehmend wichtige Rolle. Die fortschreitende Spezialisierung und Fragmentierung erschwert hingegen eine effektive und effiziente Diagnose und Behandlung.
- Der technologische Fortschritt und das zunehmende Wissen in der Medizin fördern eine zunehmende (Sub-)Spezialisierung der Humanmedizin. Diese Entwicklungen bergen die Gefahren einer

Maximalmedizin sowie einer zunehmenden Fragmentierung der Diagnose, Behandlung, Gesundheitsorganisationen und -strukturen.

- Die zunehmende Ökonomisierung der Medizin birgt auch Risiken, wie eine "Deprofessionalisierung" des Arztberufes durch zunehmende Fragmentierung und Spezialisierung.
- Die Spezialisierung und Fragmentierung der Gesundheitsstrukturen fokussiert zu stark auf Fachwissen. Es fehlen möglicherweise Kenntnisse über berufliche und innerbetriebliche Zusammenhänge sowie flankierende Massnahmen wie z.B. Förderung und Schulung von Teaching, von Schlüsselkompetenzen in Organisations- und Methodenlehre, von prozeduralem Denken und interprofessionellem Handeln auf allen Führungsstufen.
- Ein zunehmender Mangel an medizinischem Personal ist absehbar, weshalb ein wirtschaftlicher, zweckmässiger und wirksamer (wzw) Einsatz des Personals und weiterer Ressourcen das A und O für eine stabile und professionelle Behandlungskette resp. Behandlung der Patientinnen und Patienten ist.
- Die Frage nach der Konzentration von bestimmten spezialisierten und hochspezialisierten Gesundheitsversorgungsaufgaben sollte gesamtschweizerisch betrachtet werden, was wiederum Konsequenzen für die ärztliche Weiter- und Fortbildung hätte.

Aufgaben und Organisation

- Leitung der Themengruppe: BAG / H+
- Bei spezifischen Fragen können Fachspezialisten in Absprache mit dem BAG für Beratungen beigezogen werden.
- Die Finanzierung und der administrative Support werden durch das BAG gestellt.
- Das Mandat der Themengruppe endet 2016 und kann bei Bedarf von der Plattform verlängert werden. Der genaue Zeitplan wird von der Themengruppe festgelegt.

Beschlussfassung

- Die Themengruppe erarbeitet beschlussfähige Vorschläge, welche der Plattform zur Kenntnis, Diskussion und Abstimmung vorgelegt und von dieser verabschiedet werden.

Am 3. Dezember 2015 von der Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ verabschiedet.

Anhang 2: Mitglieder der Themengruppe

- Nuria del Rey, Projektleiterin der Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“, Abteilung Gesundheitsberufe, Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Co-Leitung)
- Jürg Winkler, Fachbereichsleiter Personal- und Bildungspolitik, Die Spitäler der Schweiz (H+) (Co-Leitung)
- Peter Berchtold, Präsident, Forum Managed Care
- Henri Bounameaux, Dekan der medizinischen Fakultät, Universität Genf und Vorstandsmitglied der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)
- Annette Grünig, Projektleiterin universitäre und nicht-universitäre Gesundheitsberufe, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK)
- François Héritier, Co-Präsident, Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)
- Jürg Hodler, ärztlicher Direktor, Universitätsspital Zürich
- Nathalie Koch, Vertreterin der medizinischen Direktion und Verantwortliche für die ärztliche Weiterbildung, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- Vincent Koch, Sektionsleiter Tarife und Leistungserbringer I, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Hans Rudolf Koelz, ehemaliger Vizepräsident, Schweizerisches Institut für ärztliche Weiterbildung und Fortbildung (SIWF)
- Reto Meuli, Leiter Departement für Radiologie und Verantwortlicher für die ärztliche Weiterbildung, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- Marcus Schwöbel, Vorstandsmitglied, Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)
- Peter Suter, ehemaliger Präsident der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und Experte Gesundheit2020
- Martin Täuber, ehemaliger Vizepräsident der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)
- Albert Urwyler, Verwaltungsratsmitglied, Universitätsspital Basel und ehemaliger Dekan der medizinischen Fakultät, Universität Basel
- Lea von Wartburg, Projektleiterin koordinierte Versorgung, Abteilung Gesundheitsstrategien, Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Maria Wertli, leitende Ärztin House Staff, Universitätsklinik und Poliklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital Bern
- Rolf Zehnder, Spitaldirektor, Kantonsspital Winterthur und Vorstandsmitglied Die Spitäler der Schweiz (H+)
- Anja Zyska Cherix, Mitglied der Geschäftsleitung, Verein Schweizerischer Assistenz – und Oberärztinnen und -ärzte

Anhang 3: Definition zentraler Begriffe

Bereits an der ersten Sitzung der Themengruppe wurde den Mitgliedern der Themengruppe eine Definition der zentralen Begriffe vorgestellt. Dies, weil Begriffe wie „Spezialisierung“, „Organisation“ oder „Strukturen“ und „Patientennutzen“ einen grossen Interpretationsspielraum offen lassen und verschieden gedeutet werden können. Um sich unmissverständlich verständigen zu können, einigten sich deshalb die Mitglieder der Themengruppe im Laufe der ersten zwei Sitzungen auf folgende Definitionen der für die Arbeiten der Themengruppe zentralen Begriffe:

Spezialisierung in der Humanmedizin

Mit der „Spezialisierung in der Humanmedizin“ ist die gegenwärtige Entwicklung gemeint, die unter anderem dazu führt, dass Ärztinnen und Ärzte in den stationären und in den ambulanten Settings *spezifische Leistungen* in ihrem Fachgebiet erbringen.

Die *Spezialisierung* der Humanmedizinerinnen und -mediziner findet „de jure“ im Rahmen von Weiterbildungen statt, die im jeweiligen Gebiet zur Erlangung eines Facharztstitels führen (z.B. Facharzt für Urologie). Nach dem Erwerb des Facharztstitels besteht zudem durch den Erwerb von Schwerpunkten (z.B. Schwerpunkt Neuro-Urologie) oder von Fähigkeitsausweisen (z.B. Gastroskopie) die Möglichkeit zur weiteren Vertiefung des Wissens und oder Ausweitung der Fertigkeiten. „De facto“ findet jedoch im Rahmen klinischer Karrieren auch eine informelle Spezialisierung statt (z.B. Rhythmologie), die unabhängig von strukturierten Weiterbildungen und der Vergabe von Titeln verläuft.

Spitalorganisation

Die Spitalorganisation beschreibt die Gesamtheit der Aufbau- sowie der Ablauforganisation – also die Art und Weise, wie die Prozesse zwischen und innerhalb der Spitalstrukturen ausgestaltet und koordiniert beziehungsweise aufeinander abgestimmt werden.

Die **Spitalstruktur** (Aufbauorganisation) beschreibt dabei die Einzelteile, aus denen das Spital als Gesamteinstitution aufgebaut ist. So kann ein Spital in verschiedene *Medizinbereiche* aufgeteilt sein (z.B. Innere Medizin-Onkologie, Frau-Kind etc.), die wiederum in – nach Fachbereich spezialisierte – *Kliniken* (z.B. Klinik für Hämatologie) mit verschiedenen *Abteilungen* unterteilt sind (Bettenstation, Ambulatorium, Überwachungsstation). Unter **Prozessen** (Ablauforganisation) versteht man wiederum die logisch verknüpften Aufgaben und Aktivitäten, die in einem Spital ausgeführt werden, um ein bestimmtes betriebliches Ziel oder einen Zustand zu erreichen. Im Spital ist hier in erster Linie der Behandlungsprozess gemeint, der den Patientenpfad vom Eintritt bis zum Austritt bestimmt.

Unter **Fragmentierung der Spitalorganisation** ist die Zergliederung der Spitalstrukturen (Aufbauorganisation) und/oder der Prozesse (Ablauforganisation) zu verstehen, die sich beispielsweise aus einer zunehmenden Anzahl von (neuen) Kliniken und Abteilungen in den Spitälern ergibt, die den jeweiligen Spezialisierungen gerecht werden. Damit steht die Fragmentierung der Spitalorganisation im Gegensatz zu einer integrierten, kontinuierlichen und koordinierten Behandlung.

Patientennutzen und Maximalmedizin

Der Patientennutzen gehört zu den zentralen Werten der Medizin. Dieser wird als kausal begründeter positiver Effekt einer medizinischen Intervention im Hinblick auf patientenrelevante Endpunkte (Outcomes) und im Vergleich zu einer anderen Therapie, einem Placebo oder keiner Behandlung beschrieben. Solche positiven Effekte können die Verbesserung des Gesundheitszustandes, eine Verkürzung der Krankheitsdauer, eine Verlängerung der Lebensdauer, eine Verringerung der Nebenwirkungen sowie eine Verbesserung der Lebensqualität sein. Der Patientennutzen wird über objektivierbare Kriterien hinaus auch durch subjektive Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten bestimmt. Damit impliziert dieser sowohl die Behandlungsqualität als auch die Behandlungszufriedenheit und strebt eine optimale Behandlung an. Eine solche 'optimale Medizin' steht im Gegensatz zu einer 'Maximalmedizin', unter der verstanden wird, dass für die Abklärung und Behandlung der Patientinnen und Patienten bisweilen alle Möglichkeiten und Ressourcen ausgeschöpft werden – unabhängig davon, ob dies in der gegebenen Situation sinnvoll, wünschbar oder kosteneffizient ist.

Anhang 4: Hintergrundpapier für die Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“

Zunehmende Spezialisierung in der Humanmedizin aus Sicht der Spitalorganisation

1. Einleitung/Ausgangslage

In den letzten Jahren fand in der Humanmedizin eine zunehmende Spezialisierung und vor allem Subspezialisierung statt. So gibt es heute 44 eidgenössische Weiterbildungstitel (50 Facharzttitle im Jahre 1999), 35 Schwerpunkte (5 im Jahre 1999) und 31 Fähigkeitsausweise (12 im Jahre 1999). Diese Entwicklung entspricht den internationalen Realitäten und trägt dem wissenschaftlichen sowie technologischen Fortschritt der Medizin Rechnung. Der breitgefächerten Ausbildung an der Universität folgt die Weiterbildung in einem Fachgebiet, die wiederum die Grundlage für die spätere Berufsausübung darstellt. In dieser Zeit der Spezialisierung müssen Wissen und Kompetenzen der jeweiligen Fachrichtung vertieft werden. Die Lernziele und Kompetenzen in den Programmen der Weiterbildungsgänge werden von den Fachgesellschaften nach den Vorgaben des Schweizerischen Institutes für Weiter- und Fortbildung (SIWF) gemäss der Weiterbildungsordnung (WBO) festgelegt, die konkrete Weiterbildung findet jedoch nach dem Prinzip des „learning on the job“ grösstenteils in den Spitälern und meist in Universitätsspitälern statt. Diese hängt deshalb stark von den weiterbildenden Chefärzten und somit auch von der Spitalorganisation, namentlich den jeweiligen Abteilungen, Strukturen und Spezialisierungen ab. In den Spitälern findet durch die Schaffung neuer Kliniken ebenfalls eine zunehmende Spezialisierung statt – eine Fragmentierung der Spitalstrukturen ist zu beobachten.

Die Spitäler und die darin tätigen Assistenz- und Oberärzte stellen, zusammen mit den Ärztinnen und Ärzten in der freien ambulanten Praxis, einen wichtigen Pfeiler der Gesundheitsversorgung der Schweizer Bevölkerung dar. Obschon in der ambulanten Praxis, gerade in der Allgemeinen Inneren Medizin/Hausarztmedizin auch Weiterbildung in Form der Praxisassistenz stattfindet, übernehmen die Spitäler und speziell die Universitätsspitäler den grössten Teil der ärztlichen Weiterbildung.

Die Spitäler sind somit zugleich Zentren der Versorgung, als auch Statzen der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung. Die Universitätsspitäler sind zudem auch Zentren der fakultären Entwicklung.

Die zunehmende Spezialisierung geht somit in reziproker Form voran, da es eine Wechselwirkung zwischen den Strukturen der Spitäler, den Inhalten der Spezialisierung und Subspezialisierung sowie den fakultären Karrieren gibt.

Dabei stellt sich die Frage, ob diese Entwicklung im Hinblick auf die allgemein anerkannten Veränderungen und Herausforderungen, die auf das Gesundheitswesen zukommen resp. bereits im Gange sind, auch im Hinblick auf die Versorgung der Patienten optimal ist? Eine kritische Auseinandersetzung mit dieser Entwicklung, den damit zusammenhängenden Faktoren und eine Diskussion möglicher Ansatzpunkte für eine Optimierung erscheinen deshalb angezeigt.

2. Gesundheitspolitische Herausforderungen

Die gesundheitspolitischen Herausforderungen und Veränderungen der nächsten Jahre sind allgemein bekannt. Die in diesem Zusammenhang relevanten Themen werden an dieser Stelle noch einmal aufgeführt:

1. Zunahme von Patientinnen und Patienten mit chronischen und multiplen Erkrankungen (Multimorbidität)
2. Veränderte Ansprüche und Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten
3. Technologische Entwicklung und zunehmende Spezialisierung in der Medizin
4. Ökonomisierung der Medizin

5. Absehbarer oder in einigen Bereichen bereits offenkundiger Mangel an Gesundheitspersonal

2.1 Zunahme von chronisch und multimorbid erkrankten Patientinnen und Patienten

Durch die demografische Entwicklung wird die Zahl älterer Patientinnen und Patienten zunehmen. Dadurch ist wiederum eine Behandlungszunahme von chronischen und mehrfachen Erkrankungen zu erwarten, die eine Veränderung der Gesundheitsversorgung notwendig machen wird (BAG, 2013). Bereits 2011 stellte die OECD fest, dass die Gesundheitsfachpersonen durch die Zunahme multimorbider Patientinnen und Patienten stark gefordert oder gar überfordert sind und Anstrengungen nötig sein werden, um adäquat auf die sich verändernden Bedürfnisse dieser Patientinnen und Patienten eingehen zu können. Dabei kritisieren die Autoren die Spezialisierung und Fragmentierung in der Gesundheitsversorgung und fordern eine erneute Integration sowie neue Formen der Zusammenarbeit der Gesundheitsfachpersonen (Plochg, Klazinga, Schoenstein & Starfield, 2011). Eine Studie des King's Fund von 2012 zeigt dabei eindrücklich auf, welchen Hürden ältere Patientinnen und Patienten aufgrund mangelnder Versorgungsplanung, Kommunikation und Koordination bei einem Aufenthalt in britischen Spitälern begegnen. Der Mangel an Kontinuität, gerade bei der Versorgung älterer Patientinnen und Patienten mit multiplen Gesundheitsproblemen, wird stark kritisiert, da gemäss der Autoren ohne Kontinuität kaum eine klinisch wirksame, personalisierte, effiziente und wirtschaftliche Versorgung möglich ist (Cornwell, Levenson, Sonola & Poteliakhoff, 2012).

2.2 Veränderte Ansprüche und Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten

Im Zuge gesellschaftlicher Veränderungen haben sich die Ansprüche und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten an das Gesundheitswesen gewandelt. Neue Lebensformen, Wohn- und Familienstrukturen erfordern angepasste Formen der Behandlung und Betreuung von erkrankten oder alten Familienmitgliedern. Gewandelte Wertevorstellungen und verändertes Informations- und Kommunikationsverhalten prägen auch die Patientinnen und Patienten sowie ihre Ansprüche an ihre Gesundheitsversorgung. In diesem Zusammenhang spielen auch das Patienten-Empowerment eine Rolle und der damit verbundene Einbezug zunehmend „gesundheitskompetenter“ Patientinnen und Patienten bei Entscheidungen bezüglich ihrer eigenen Gesundheitsversorgung. Dies erfordert einen anderen Umgang mit diesen „informierten“ Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen.

2.3 Technologischer Fortschritt und Spezialisierung

Der technologische Fortschritt entwickelt die Medizin ständig fort und bringt immer neue Methoden und Interventionsmöglichkeiten hervor. Diese Entwicklung bringt ein grosses Potenzial bei der Behandlung von Krankheiten mit sich, birgt jedoch auch das Risiko einer „Maximalmedizin“. So weist die SAMW in ihrem Positionspapier „Nachhaltige Medizin“ von 2012 darauf hin, dass die moderne Medizin oftmals alles einsetzt um einen Patienten zu behandeln und dabei nicht im Einzelfall beurteilt, ob dies sinnvoll ist und dem Patienten einen Nutzen bringt – wobei zuerst einmal der Patientennutzen überhaupt definiert werden muss (SAMW, 2012).

Durch das grösser werdende Fachwissen in der Medizin und die Entwicklung neuer Interventionsmethoden findet zugleich eine zunehmende (Sub-)Spezialisierung in der Humanmedizin statt. Die Fachgesellschaften sind dabei Treiber der Spezialisierung und Subspezialisierung. Dies erscheint aus Sicht der einzelnen Disziplinen sinnvoll, da trotz des wachsenden Wissens die Dauer der Weiterbildung nicht verlängert werden muss. Jedoch kann die zunehmende Spezialisierung auch für die Fachgesellschaften selber ein Problem werden, wenn die „Mutter“-Disziplinen durch die Subspezialisierungen quasi ausgehöhlt werden. Ein Beispiel hierfür ist die oft genannte Innere Medizin, die durch die zunehmende Abspaltung der (Sub-)Spezialitäten (Kardiologie, Neurologie, Dermatologie, etc.) Substanz und damit vermeintlich Attraktivität verlor.

2.4 Ökonomisierung der Medizin

Die Ökonomisierung der Medizin ist eine weitere Entwicklung, die eine Veränderung des Gesundheitssystems, der darin tätigen Gesundheitsfachpersonen und der Gesundheitsversorgung mit sich bringt.

2012 wurden in den Spitälern die leistungsbezogenen Fallpauschalen (SwissDRG) eingeführt mit dem Ziel, einen Beitrag zur Eindämmung der Kosten zu leisten. Dies, indem durch betriebswirtschaftliche Anreize, die unternehmerischen Kriterien in der Spitallandschaft stärker als vorher zum Tragen kommen sollten. Obwohl die angestrebte betriebswirtschaftliche Effizienz idealerweise dazu beitragen sollte, die politisch gesetzten Ziele, wie der sinnvolle Einsatz von Ressourcen durch mehr Patientenorientierung, bessere Koordination der Abläufe etc. zu erreichen, müssen mögliche problematische Auswirkungen früh erkannt werden. Denn, wie im Positionspapier der SAMW „Medizin und Ökonomie – wie weiter?“ von 2014 aufgezeigt wird, stellt sich bei dieser gezielten Förderung des betriebswirtschaftlichen Denkens die Frage nach den Konsequenzen für die klinische Praxis und die Patientenversorgung. Die Autoren verweisen dabei unter anderem auf eine inzwischen publizierte Studie, die mittels Fragebogen bei Schweizer Spitalärztinnen und -ärzten, die Auswirkungen von DRG zu ermitteln versuchte. Die Mehrheit der befragten Ärztinnen und Ärzte gab dabei an, dass sie in ihrer klinischen Tätigkeit mehr ökonomische Aspekte berücksichtigten, als sie als sinnvoll erachten und sie im letzten halben Jahr verschiedene Formen der Über- und Unterversorgung erlebt hätten (Fässler et al., 2015). Es gilt zu prüfen, wie sich im Zuge der Einführung der DRG die Spitalstrukturen und -prozesse verändert haben und welche Auswirkungen diese betriebswirtschaftlich sinnvollen Änderungen auf die Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten haben. Diese Frage stellt sich insbesondere bei der Versorgung chronisch und mehrfach erkrankter Patientinnen und Patienten. Im genannten Positionspapier der SAMW (2014) wird beispielsweise die Deprofessionalisierung des Arztberufes, die als Symptom zunehmender Fragmentierung und Spezialisierung der Gesundheitsversorgung erkannt wird, als eine mögliche problematische Folge der Einführung der DRG aufgeführt. Die Deprofessionalisierung entstehe dabei einerseits, weil Ärztinnen und Ärzte nicht mehr eigenverantwortlich entscheiden können und andererseits trage die Medizin, durch die immer weiter fortschreitende Subspezialisierung, selber dazu bei.

2.5 Mangel an Gesundheitspersonal

In gewissen Bereichen des Gesundheitswesens (z.B. Grundversorgung auf dem Land, Langzeitpflege) ist bereits heute ein Mangel an medizinischen Gesundheitsfachpersonen beobachtbar oder absehbar. Dabei dürfte aufgrund der demografischen Entwicklung, die eine Zunahme von chronischen und multiplen Erkrankungen mit sich bringen wird, die Nachfrage nach Gesundheitsfachpersonen steigen. Auf der Angebotsseite zeichnet sich, ohne deutliche Mehrausbildung, hingegen eine Verknappung der Ressourcen ab. Bei den Ärztinnen und Ärzten hat dies verschiedene Gründe, wie z.B. den wachsenden Frauenanteil in der Medizin, den zunehmenden Wunsch junger Ärztinnen aber auch Ärzte nach einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf, die Unterstellung der Ärztinnen und Ärzte unter das Arbeitsgesetz sowie die zunehmende (Sub-)Spezialisierung der Disziplinen. Obschon sich, gemessen an den Studienanfängern in Medizin, eine Zunahme der Abschlüsse in Humanmedizin abzeichnet, besteht nach wie vor eine grosse Auslandsabhängigkeit. So wurden im Jahre 2012 von 1715 verliehenen Weiterbildungstitel, 40,1% an Ärztinnen und Ärzte vergeben, die ihre Grundausbildung im Ausland absolviert haben (Burla & Widmer, 2012; Burla & Rüfenacht, 2013). Hier zeichnet sich, angesichts möglicher Folgen der Masseneinwanderungsinitiative, eine zusätzliche Herausforderung ab. Ein sinnvoller Einsatz der Ressourcen im Sinne einer bestmöglichen Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten ist deshalb angezeigt.

3. Problemstellung und konkrete Herausforderungen

3.1 Spezialisierung und Fragmentierung als reziproke Entwicklung

Wie bei der Ausgangslage dargestellt sind Spitäler und speziell die Universitätsspitäler zugleich Zentren der Gesundheitsversorgung und Bildungsstätten. Gemäss Burla und Widmer (2012) war im Jahr 2010 knapp die Hälfte der auf 20'292 Ärztinnen und Ärzten verteilten 17'363 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) in Schweizer Spitälern, Assistenzarztstellen. Dabei waren 11'250 VZÄ in Zentrumsspitalern tätig und eine knappe Hälfte davon in Universitätsspitalern. Gemäss Krankenhausstatistik des BFS waren 2013 bereits 24'204 Ärztinnen und Ärzte in Schweizer Spitälern tätig. Diese erbrachten 20'350 VZÄ. Von diesen

waren 10'322 (42.6%) Assistenzärztinnen und –ärzte. Die Art der Weiterbildung, die in den Spitälern durchgeführt wird ist zwar durch die Vorgaben der für die Weiterbildung verantwortlichen Organisation, dem SIWF, im Rahmen der Weiterbildungsordnung (WBO) reglementiert, hängt aber bei der Umsetzung stark von den weiterbildenden Chefärzten und damit letztlich wieder von den bestehenden und zu schaffenden Abteilungen, Strukturen und Spezialisierungen ab. Die Spitäler ihrerseits spezialisieren sich immer mehr und schaffen entsprechende neue Abteilungen und Kliniken (Herzkl. etc.). Dies hat teilweise ökonomische Gründe, widerspiegelt jedoch auch die Entwicklung der Fachdisziplinen, die sich immer weiter (sub-)spezialisieren. Oftmals findet nämlich die Spezialisierung einer Abteilung oder Klinik beim Ersatz von leitenden Personen (z.B. durch Pensionierungen) statt. Die Entwicklung geht somit in reziproker Art voran und erhält, gerade an Universitätsspitalern einen zusätzlichen Treiber durch die Akademie, da eine akademische Karriere meistens so gestaltet ist, dass eine (Sub-)Spezialisierung gefördert wird. Die zunehmende Spezialisierung der Humanmedizin und die damit zusammenhängende Fragmentierung der Spitäler und Kliniken haben jedoch zur Folge, dass die gesamte Organisation zunehmend zersplittert und die Fragmente sich isolieren und allgemeine Disziplinen sowie Abteilungen und Kliniken zusehends verloren gehen.

3.2 Integration und Ganzheitlichkeit im Sinne des Patientennutzens

Nun stellt sich die Frage, ob die Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten in diesen spezialisierten und fragmentierten Strukturen adäquat ist. Denn, eine ganzheitliche Betrachtung und kontinuierliche Behandlung sind gerade bei der Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patientinnen und Patienten von grosser Relevanz. Nebst der ganzheitlichen Betrachtung ist zudem eine kontinuierliche Prozesskette bei der Behandlung unabdingbar. Die Patientinnen und Patienten sollen bei einem Spitalaufenthalt nicht von einer Abteilung auf die andere verlegt werden, sondern sollten in einem sinnvollen Prozess vom Ein- zum Austritt gelangen. Speziell am Anfang und am Schluss dieser Prozesskette, d.h. beim Eintritt und beim Austritt aus dem Spital ist wiederum eine Gesamtbeurteilung des Patienten - wie z.B. die Abklärung des Gesamtzustandes, Einordnung unklarer Beschwerden, Komorbiditäten, Wechselwirkungen zwischen Medikamenten etc. - wichtig. Dies sind Kernkompetenzen der Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin (AIM), wie Drahomir Aujesky in einem Artikel der SAEZ (2015) darstellt. Wie er weiter ausführt, spielt die AIM aus diesem Grund auch oder gerade an Universitätsspitalern eine wichtige integrierende Rolle - speziell bei der Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten. Der Facharztstitel AIM entstand seinerseits durch die Synthese von Innerer Medizin und Allgemeiner Medizin - zwei Disziplinen, die im Kontext der medizinischen Grundversorgung ein neues Selbstverständnis finden und neue Chancen in der Gesundheitsversorgung erkennen müssen, sowohl im ambulanten, wie auch im stationären Bereich. Durch den Zusammenschluss und angesichts der anstehenden gesundheitspolitischen Herausforderungen eröffnen sich nun neue Möglichkeiten – sowohl für die Fachgesellschaft als auch für die Gesundheitsversorgung. Ein neues Selbstverständnis der Ärztinnen und Ärzte ist angesichts der veränderten Patientenbedürfnisse, gerade von älteren sowie chronisch und mehrfach erkrankten Personen auch bei spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten angezeigt. Denn nur eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten und seines Umfeldes, ermöglicht eine adäquate Behandlung über die Grenze der eigenen Disziplin hinweg. Um eine globale Sicht auf den Patienten zu erhalten ist es zudem äusserst wichtig, dass die Fachpersonen über die Grenzen der Disziplin und Professionen adäquat zusammenarbeiten und kommunizieren. Denn trotz aller Integration gibt es immer wieder Schnittstellen, denen man Rechnung tragen muss – und hier spielt die Interdisziplinarität und die Interprofessionalität eine zentrale Rolle.

3.3 Zeitgemässe Strukturen – Wo ansetzen?

Die Spezialisierung per se ist nicht das Problem, da dem zunehmenden Wissen und dem technologischen Fortschritt in der Medizin schliesslich auch Rechnung getragen werden muss. Die Förderung spezifischer Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Ärztinnen und Ärzte müssen jedoch den Patientinnen und Patienten zu Gute kommen. Gerade bei der Gesundheitsversorgung von älteren, chronisch und mehrfach erkrankten Personen darf deshalb eine zusätzliche globale Betrachtung und eine kontinuierliche Behandlung nicht fehlen, um nicht Gefahr zu laufen, lediglich auf ein Organ oder einen

Aspekt zu fokussieren und dabei wichtige Wechselwirkungen zu übersehen und schlimmstenfalls gar den Patienten zu gefährden. Diese Integration und Kontinuität sollte sich auch in den Strukturen und Prozessen der Spitäler wiederfinden.

In der NZZ vom 15. April 2015 beschreiben die Professoren Hock und Zünd der Universität Zürich ebenfalls, dass die Spitäler und Universitäten gefordert sind, da die Strukturen der Spitäler historisch gewachsen sind und nicht mehr den heutigen Anforderungen entsprechen. Sie fordern deshalb dazu auf, „...nicht mehr zeitgemässe Strukturen zu analysieren und zu überwinden.“ (Hock und Zünd, 2015). Gemäss den Autoren könnte der Weg von der traditionellen Klinikultur mit separat funktionierenden Kliniken in Richtung themenorientierter „Cluster“ führen, die integrierte Angebote für bestimmte Krankheitsbilder anbieten und die Forschung, Lehre, Diagnostik und Therapie vereinen.

Auf die Frage, wie die Strukturen konkret aussehen müssen, gibt es wahrscheinlich mehrere richtige Antworten. Ansatzpunkte sind jedoch die Förderung interdisziplinärer und interprofessioneller Zusammenarbeit, die Stärkung sowie Klärung der Rolle der Generalisten im Spital oder allenfalls auch Case Manager. Im Hinblick auf den zunehmenden Wunsch der jüngeren Ärzteschaft nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf wäre auch prüfenswert, ob die Schaffung von Stellen als „Spitalärzte“ nicht einen Mehrwert bringen könnten, d.h. Stellen, bei denen die Versorgungsaufgabe im Vordergrund steht und nicht zwingend eine Karriere (akademische Karriere, Oberarzt etc.) gefordert wird. Denn unter den heutigen Umständen sind zunehmend Strukturen gefragt, die sich an der Fachkompetenz orientieren. Hier stellt sich die Frage, ob es sich von den hierarchisch gewachsenen und mittels Kaderärzte genährten Strukturen loszulösen gilt. Nicht zuletzt, weil nicht unbedingt jeder fachliche Experte auch automatisch ein gute Führungsperson ist.

Fazit

Spitäler und speziell Universitätsspitäler sind gleichzeitig Zentren der Gesundheitsversorgung und der fakultären Entwicklung. Durch den technologischen Fortschritt und das zunehmende Wissen in der Medizin, findet eine zunehmende Spezialisierung und Subspezialisierung statt, die sich in einer Fragmentierung der Spitalstrukturen äussert. Bei dieser Entwicklung handelt es sich um eine Wechselwirkung.

Angesichts der demografischen Entwicklung und der erwarteten Zunahme chronischer und mehrfacher Erkrankungen ist gleichzeitig eine verstärkte Integration, Koordination und Kommunikation angezeigt.

Es braucht deshalb eine Auseinandersetzung mit der stattfindenden Spezialisierung und Fragmentierung und eine Analyse, ob die heutigen Strukturen in den Spitälern noch zeitgemäss sind und dem (zukünftigen) Patientennutzen Rechnung tragen.

Falls diese Analyse ergibt, dass die zunehmende Spezialisierung der Humanmedizin und Fragmentierung der Spitalstrukturen im Hinblick auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten problematische Aspekte mit sich bringt, sollten die Ansatzpunkte eruiert werden, die zur Optimierung dieser Entwicklung führen könnten.

Weiteres Vorgehen

Im Rahmen der Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ wird eine Themengruppe „Zunehmende Spezialisierung in der Humanmedizin aus Sicht der Spitalorganisation“ eingesetzt. Diese soll eine Studie in Auftrag geben (Mandat klären), begleiten und kritisch würdigen, die die skizzierte Situation/Problematik umfassend analysiert (Ist-Analyse). Auf der Grundlage der Ergebnisse der Studie kann die Themengruppe Empfehlungen für die betroffenen Stakeholder formulieren.

Literatur

Aujesky, D. (2015). *Allgemeine Innere Medizin am Universitätsspital*. Schweizerische Ärztezeitung, 2015; 96(3): 71 - 74.

Bundesamt für Gesundheit (2013). *Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates - Gesundheit2020*. Bundesamt für Gesundheit.

Burla, L. & Rüfenacht, J. (2013). *Ausbildungen in der Humanmedizin und in Pflege- und Betreuungsberufen* (Obsan Bulletin 2/2013). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Burla, L. & Widmer, M. (2012). *Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz – Bestand und Entwicklungen bis 2011* (Obsan Bulletin 3/2012). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Cornwall, J., Levenson, R., Sonola, L. & Poteliakhoff, E. (2012). *Continuity of Care for Older Hospital Patients: A call for action*. London: The King's Fund.

Fässler, M., Wild, V., Clarival, C., Tschopp, A., Faehrich, J. & Biller-Andorno, N. (2015). *Impact of the DRG-based reimbursement system on patient care and professional practise: perspectives of Swiss hospital physicians*. Swiss Medical Weekly, 2015; 145: w14080.

Hock, C. & Zünd, G. (2015, April 15). *Gastkommentar zur Spitalpolitik. Neue Strukturen für die Medizin der Zukunft*. Neue Zürcher Zeitung. (<http://www.nzz.ch/meinung/debatte/neue-strukturen-fuer-die-medizin-der-zukunft-1.18522314>)

Jaccard Ruedin, H. & Weaver, F. (2009). *Ageing Workforce in an Ageing Society. Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030?* Obsan Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Moreau-Gruet, F. (2013). *Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren. Ergebnisse der Befragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)* (Obsan Bulletin 4/2013). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Plochg, T., Klazinga, N.S., Schoenstein & M., Starfield, B. (2011). *Reconfiguring Health Professions in Times of Multi-Morbidity: Eight Recommendations for Change*. OECD.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2014). *Medizin und Ökonomie – wie weiter?* Swiss Academies Communications 9 (4).

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2012). *Nachhaltige Medizin. Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften*. SAMW.

Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (2000). *Weiterbildungsordnung (WBO)*. Letzte Revision: 6. November 2014. http://www.fmh.ch/files/pdf16/wbo_d.pdf